

Introduzione

L'approccio terapeutico alla patologia oncologica comporta inevitabilmente la necessità di affrontare le problematiche della comunicazione con il paziente e con la sua famiglia; nell'organizzazione di una terapia oncologica, spesso complessa e costituita da fasi sequenziali di trattamenti diversi, risulta infatti sempre più essenziale creare una "alleanza collaborativa" nella quale tutte le figure coinvolte (operatori sanitari - medici e infermieri -, paziente e familiari) siano consapevoli dell'importanza del proprio ruolo e della necessità di comprendersi a vicenda per ottenere un risultato positivo, qualunque sia l'effettiva prognosi della malattia.

*“La comunicazione di cattive notizie al paziente, da parte del terapeuta, è una funzione la cui importanza viene spesso sottovalutata nell'ambito della formazione accademica e professionale dello studente e del giovane medico”*¹; viceversa, anche quando è possibile comunicare notizie positive e prognosi favorevoli, è indispensabile farlo nel modo giusto, con sincerità e professionalità, considerando sempre che il paziente è molto attento ad ogni singola parola che gli viene detta, e spesso la ricorda con precisione e per lungo tempo.

La comunicazione della diagnosi e della proposta di terapia è un momento molto importante sia per il paziente (che in un certo senso è come se iniziasse una nuova vita) sia per l'operatore sanitario (medico e infermiere), che ha l'occasione, a volte irripetibile, di instaurare da subito un rapporto di fiducia ed empatia, che restano poi importanti per tutto il percorso terapeutico.

*“Occorre premettere, a questo riguardo, che comunicare la diagnosi e la prognosi e richiedere al paziente il suo consenso per l'avvio della terapia, significa trasmettere dei contenuti che devono essere adeguati alla personalità del soggetto”*²; accade spesso, viceversa, che il personale sanitario non dedichi abbastanza tempo a questa comunicazione, oppure che il tempo impiegato sia speso male, troppo in fretta e in luoghi non adatti (corridoi, medicherie, camere di degenza in presenza di altre persone), con scarsa attenzione alla necessità di farsi capire e linguaggio tecnico, magari ineccepibile dal

punto di vista scientifico ma del tutto o quasi incomprensibile per il paziente e per chi lo accompagna.

Nonostante sia necessario, all'occorrenza, saper comunicare responsi sfavorevoli, in merito allo stato di salute di chi si è sottoposto ad accertamenti clinici, la letteratura medica italiana pone questo tema in secondo piano e non si preoccupa molto di diffondere utili linee guida per affrontare al meglio un compito così difficile e delicato, che dovrebbe rientrare fra le competenze professionali di ogni buon operatore sanitario.

Durante il colloquio, oltre a mettere in atto le modalità più opportune per trasmettere un messaggio, è importante stabilire quanto il paziente sia in grado di recepire, ma anche e soprattutto quanto “*voglia veramente*” o quanto “*sia pronto emotivamente per*” recepire le informazioni che riceve.

Attualmente, a differenza di ciò che avveniva in passato, il paziente che arriva in visita oncologica ha spesso già ricevuto (da comunicazioni con parenti, amici o conoscenti, oppure ricercandole su internet o altre fonti divulgative) alcune informazioni sulla sua malattia. Tuttavia, quello di cui ha soprattutto bisogno è di avere maggior chiarezza sulla sua reale situazione di salute, che quasi sempre è difficilmente paragonabile a quella di persone che conosce o ha conosciuto direttamente, a causa della estrema variabilità delle malattie oncologiche da un caso all'altro; soprattutto, il paziente che entra per la prima volta nel mondo oncologico, ha la necessità di essere preso in carico per un periodo non breve della sua vita, per le terapie e per il follow-up, e quindi di trovare un punto di riferimento preciso per tutto ciò che riguarda il suo presente di paziente e, si spera, il suo futuro di persona che ha ritrovato la salute.

E' dunque una necessità ineludibile, per l'operatore sanitario oncologico, tenere conto dello stato d'animo e delle esigenze psicologiche del paziente, evitando, soprattutto nella fase iniziale, di sommergerlo con dati eccessivi e informazioni non richieste.

Il paziente, durante le prime fasi di colloquio, deve essere prima di tutto ascoltato, avere la netta impressione che viene considerato come una persona e non come il contenitore di una malattia, con interesse

per gli aspetti della sua vita normale (che lavoro fa o ha fatto, come è composta la famiglia, come passa la giornata, quali attività riesce a svolgere come vuole e quali gli sono impedito dal suo attuale stato di salute) e di conseguenza messo a proprio agio, e nella condizione migliore possibile per esprimersi e permettere al medico e all'infermiere di capire fino a che punto desidera *veramente* ricevere informazioni più dettagliate sulla malattia, almeno per il momento.

Quando il paziente viene convocato per il primo colloquio col medico, e poi al colloquio successivo con l'infermiera o con la caposala, in realtà intraprende un percorso di informazione personalizzata, che ha lo scopo di portarlo a decidere se dare il proprio consenso volontario al programma terapeutico, ma anche all'effettuazione di accertamenti diagnostici più o meno invasivi, dopo averne potuto valutare i rischi e i benefici.

Ciò che viene richiesto all'infermiere è competenza professionale (articolo 1 del profilo professionale D.M. n°739 14/9/94) e conoscenza della patologia e della terapia che è stata proposta dal medico al paziente, al fine di fornirgli ulteriori informazioni adeguate e precise.

“Il tempo dedicato all'informazione, alla comunicazione e alla relazione è tempo di cura”³

¹ Buckman R. (2003), La comunicazione della diagnosi in caso di malattie gravi

² Buckman R. (2003), La comunicazione della diagnosi in caso di malattie gravi

³ carta di Firenze 26 ottobre 2004